

УДК 614.2:616-082:001.8

ЕТАПИ РОЗРОБКИ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

О.М. Ліщишина, А.В. Степаненко, Є.Л. Горох (Київ)
Департамент стандартизації медичних послуг
ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ України

Резюме. Результати аналізу медико-технологічних документів з питань стандартизації у вітчизняній системі охорони здоров'я свідчать, що питанням моніторингу надання медичної допомоги наразі не приділяють належної уваги. Створення та впровадження інструментів для такого моніторингу – індикаторів якості медичної допомоги – потребує системного підходу, чіткого та однозначного визначення всіх застосованих понять на підставі існуючих джерел медичної інформації, форм первинних медичних документів та діючих класифікаторів, визначення порядку (алгоритму) обрахунку індикатора. В роботі проаналізовано основні вимоги до індикаторів як засобу вимірювання та запропоновано методологію розробки індикаторів якості медичної допомоги, яка в подальшому забезпечить їх обчислення, а також можливість виявлення відхилень від оптимальної медичної практики та тих ланок охорони здоров'я, для яких можливе вдосконалення.

Ключові слова: якість медичної допомоги; індикатори якості; моніторинг процесів надання медичної допомоги.

Призначенням індикаторів є визначення елементів системи охорони здоров'я, для яких можливе подальше поліпшення якості, а також оцінка ступеня відповідності стандартам медичної допомоги. Індикатор якості медичної допомоги – це кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги [11].

Роль індикаторів якості медичної допомоги як важливої складової підвищення якості у сфері охорони здоров'я наразі усвідомлена та передбачає моніторинг процесів безперервного поліпшення якості та стандартизації медичних послуг за допомогою вимірюваних характеристик [9–11].

Принципам вибору критеріїв та індикаторів якості медичної допомоги на засадах доказової медицини для найбільш ефективного висвітлення та аналізу окремих складових структури, процесів і результату медичної допомоги останніми роками також приділяється значна увага [1;3;7]. Водночас, від усвідомлення необхідності індикаторів і визначення принципових позицій та процесів, які мають підлягати моніторингу, до реального отримання та аналізу значень індикаторів, необхідно пройти довгий та важкий шлях, основні етапи якого є предметом розгляду даної статті.

Мета роботи – науково обґрунтувати технологію побудови індикаторів якості медичної допомоги в системі стандартизації медичної допомоги. Завдання – визначити вимоги до медичної інформації, найбільш застосовані джерела та методи обробки інформації про

якість медичної допомоги; висвітлити основні етапи побудови індикаторів якості медичної допомоги.

У дослідженні застосовано аналітично-синтетичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення

Необхідність забезпечення адекватного використання індикаторів (насамперед не в якості «турнірних таблиць», а для планування впливу на якість медичної допомоги) зумовлює потребу в чіткій регламентації технології розробки, обчислення та оцінки значень індикаторів якості медичної допомоги [4–6;8;12]. Приклади з практики розробки заходів щодо поліпшення якості медичної допомоги в багатьох країнах свідчать, що існують проблеми заохочення до публічного порівняння якості медичної допомоги, наслідки застосування в цій сфері централізованих систем аналізу та звітності переважно незначні або небажані, а інколи прямо корупційні [14].

Аналіз медико-технологічних документів з питань стандартизації медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я дає змогу визначити, що питанням моніторингу процесів надання медичної допомоги наразі не приділяють належної уваги. У стандартах і клінічних протоколах, затверджених в минулі роки, інформації про кількісні критерії та індикатори або немає взагалі, або містяться декларативні визначення, які не передбачають практичного обчислення

та порівняння значень індикаторів. Наприклад, розділ «Критерії якості лікування» клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем, затвердженого наказом МОЗ України від 01.12.2009 р. № 889, містить такі пункти:

Поліпшення рухових і психічних функцій:

1. *Зниження початкового підвищеного м'язового тону, поліпшення постави, опороздібності, координації, ходи, об'єму активних рухів в суглобах, мовлення.*
2. *Сприятливі поведінкові реакції: зниження рівня тривожності, збудливості і дратівливості.*
3. *Покращення функціональних показників за даними контрольних досліджень.*
4. *Підвищення адаптаційного потенціалу.*

Очевидно, критерії якості, викладені в такому формулюванні, не можна виміряти та порівняти між різними закладами охорони здоров'я, а також з базовими (еталонними) значеннями, які взагалі не наводяться (і не можуть бути наведені). Не визначається, хто та яким способом має визначати досягнення таких критеріїв. Тобто на практиці використовувати зазначені критерії відповідних індикаторів неможливо, незважаючи на їхню клінічну важливість. На жаль, така ситуація є типовою.

Водночас, існує нагальна потреба моніторингу адекватності, ефективності, результативності медичної допомоги. Тому розробка індикаторів якості медичної допомоги знаходиться у фокусі уваги прогресивних управлінських систем у сфері охорони здоров'я. Оптимальним шляхом створення індикаторів якості є формулювання певних вимог і чітка регламентація їх отримання та використання. Так, провідною організацією з акредитації закладів охорони здоров'я США «Joint commission» сформульовано 10 атрибутів основних вимірів ефективності діяльності, доповнених низкою основних і допоміжних критеріїв оцінки [13]. Зазначені атрибути або властивості вимірів якості мають бути націленими на поліпшення здоров'я цільової популяції, придатними для запровадження та корисні при акредитації, точно визначеними та конкретизованими, надійними, чинними, зрозумілими користувачам, піддаватися стандартизації залежно від рівня ризиків, контрольованими, а також доступними для публічного використання.

У дискусійному документі «Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature» [14], присвяченому аналізу питань і доказів з міжнародної наукової літератури щодо вимірювань та звітності з якості медичної допомоги, наведено 12 бажаних ознак індикаторів якості: мотивованість (основні зацікавлені сторони повинні зрозуміти, що належне проведення вимірювання сприяє поліпшенню якості медичної допомоги); сприйняття (доречність вимірювання має бути зрозумілою для основної цільової аудиторії); ефективність

(слід вимірювати те, що потрібно, та без хибних захошень); надійність (дані, покладені в основу вимірювання, мають бути повними, точними, послідовними та відтворюваними); об'єктивність (дані повинні бути максимально незалежними від суб'єктивного судження, наскільки це можливо); доступність (дані слід отримувати для звичайних клінічних або організаційних потреб, ці дані мають бути швидко доступними при мінімальних додаткових зусиллях і витратах); контекстність (вимір не повинен залежати від контексту); приналежність (виміри мають відтворювати якість надання допомоги окремими особами, командами або організаціями); інтерпретабельність (виміри повинні пояснювати роботу системи); порівнюваність (виміри мають дозволяти надійне порівняння з зовнішніми контрольними індикаторами або з іншими наборами даних, зібраних в аналогічних обставинах); можливість виправлення (виміри повинні вказувати на області для поліпшення, які можуть принести зміни, зареєстровані наступними вимірюваннями); повторюваність (виміри мають бути чутливими до поліпшення з плином часу).

Для побудови індикаторів, які відповідають зазначеним ознакам, необхідно дотримуватись етапів, які загалом подібні до загально визнаного циклу управління якістю PDCA (Plan – Do – Check – Act), запропонованого Демінгом та Шухартом:

1. **Планування:** визначення аспектів, які підлягають вимірюванню, та даних, які можуть забезпечити відповідні вимірювання. Клінічні настанови та інші джерела доказової медичної інформації містять посилання на ті медичні втручання, для яких доведено безпосередній вплив на якість, тому їх потрібно використовувати передусім. Слід зважати на те, що позиціонування деяких індикаторів як безпосереднього виміру якості медичної допомоги провокує їх неадекватне використання як «рейтингових» показників, «турнірних таблиць» тощо, тому слід уникати емоційного поділу індикаторів на «позитивні» та «негативні». Окремий індикатор зазвичай висвітлює окремий вузький аспект медичної допомоги, який не обов'язково впливає на якість медичної допомоги безпосередньо. Комплексний аналіз всіх наявних індикаторів може дати дуже важливу інформацію. При розробці індикаторів слід охоплювати ті аспекти медичної допомоги, які можуть підлягати корегуванню та для яких можливо отримати об'єктивну та якісну інформацію.
2. **Запровадження індикатора:** побудова деталізованого опису та алгоритму обчислення індикатора, який забезпечує можливість його обчислення та інтерпретації в практичних умовах. На цьому етапі необхідно виключити можливість неоднозначностей при обчисленні та інтерпретації індикатора в різних закладах і підрозділах охорони здо-

ров'я. Відбувається пілотне запровадження та тестування індикатора.

3. **Аналіз:** вплив індикатора на підвищення якості медичної допомоги слід проаналізувати, враховуючи практичний досвід пілотного запровадження, необхідно обговорити результати широким колом фахівців. Особливу увагу слід приділяти запобіганню спробам неадекватного та формального використання індикатора.
4. **Корегування:** при необхідності вносять зміни до опису та алгоритму обчислення індикатора, запроваджують додаткові заходи щодо забезпечення належної якості вихідних даних та інтерпретації отриманої інформації. Можуть бути прийняті рішення про створення додаткових індикаторів, які охоплюють взаємопов'язані аспекти якості медичної допомоги, а також про необхідність уточнення обсягів збору даних.

Саме послідовне циклічне застосування зазначених етапів забезпечить створення діючої системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги та її ефективне використання в процесах безперервного підвищення якості медичної допомоги.

При проектуванні індикаторів якості медичної допомоги необхідно дотримуватися методології, яка в подальшому забезпечить їх обчислення та можливість порівняння якості медичної допомоги в окремих пацієнтів або медичних працівників, у різних закладах охорони здоров'я, регіонах тощо.

Етап 1 – планування

Доцільно розробляти індикатори якості медичної допомоги як складові пакету документів, що створюють відповідно до «Уніфікованої методики...» [11]: адаптованих клінічних настанов, стандартів медичної допомоги, уніфікованих клінічних протоколів.

Крок 1.1. Окреслити зв'язок індикатора зі стандартами медичної допомоги та критеріями, які входять до складу стандартів. Саме механізм індикації визначених ключових точок процесу медичної допомоги сприяє виявленню відхилень і подальшим організаційним заходам (корекції умов, ресурсного забезпечення, дій медичного персоналу та інших компонентів системи), спрямованим на поліпшення якості медичної допомоги.

Крок 1.2. Визначити вихідні дані для обчислення індикатора, які можуть походити з:

- первинної медичної документації;
- автоматизованих баз даних, покладених в основу первинної медичної документації;
- інших джерел та бази даних, які містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та опрацювання при обчисленні індикатора.

Слід зазначити, що роль даних, на яких базується обчислення індикаторів, є ключовою. Якщо первинних

даних належної якості немає або вони недоступні – отримати індикатори не можливо. Якщо не контролюється якість первинних даних і не забезпечується відповідність інформації реальному стану речей – отримати якісні індикатори неможливо. Всі системи вимірювання якості медичної допомоги, запроваджені в розвинутих країнах [13–20], першочергову увагу приділяють проблемі отримання якісних даних, придатних для отримання індикаторів – створенню медичних реєстрів, госпітальних баз даних, систем обліку хворих і звернень по медичну допомогу. Наявність таких систем і засобів інтеграції даних на регіональному та національному рівнях є передумовою отримання індикаторів якості медичної допомоги. В Україні така діяльність ведеться неузгоджено, здебільшого на локальному рівні, в окремих лікувальних закладах, створюються реєстри повільно, а вже розроблені (зокрема, реєстри померлих осіб, Національний канцер-реєстр України) не використовуються належним чином.

Основою для отримання якісної первинної медичної інформації може стати система медико-статистичної звітності за умови її реформування та доповнення вже діючої ієрархічної системи збору державної та галузевої статистичної звітності первинною інформацією про пацієнтів. Персоніфікація має стати основою для побудови сучасної системи індикаторів якості медичної допомоги.

В теперішніх умовах, за відсутності автоматизованих баз централізованого збору індивідуальних даних пацієнтів, основним джерелом інформації для побудови індикаторів залишаються первинні медичні документи та статистичні форми, отримані на їх основі. Очевидно, формулювання понять, які використовують в описі індикатора, має відповідати змісту таких форм та бути максимально прозорим, придатним як для побудови алгоритмів автоматизованого обчислення, так і при ручному опрацюванні. В системі медико-статистичної звітності для кожного документу існує інструкція із заповнення, в якій викладено порядок її заповнення на підставі затверджених первинних реєстраційних та облікових медичних форм (для кожної з яких, своєю чергою, також регламентоване заповнення). Цей досвід необхідно використати при проектуванні індикаторів.

Адаптація клінічних настанов та їх подальше застосування як «еталонів» медичної практики потребує критичного переосмислення та адаптації індикаторів якості, розроблених для систем охорони здоров'я інших країн. Якщо існують близькі за змістом індикатори, що характеризують діяльність закордонних систем охорони здоров'я, і порівняння індикатора з «еталонними» значеннями найкращої практики є припустимим, слід вказати відповідні джерела та навести практичні настанови з коректного порівняння та інтерпретації результатів зіставлення. При цьому необхідно

брати до уваги можливі для різних систем охорони здоров'я відмінності у вихідних даних і принципах отримання індикаторів, які можуть вплинути на коректність порівняння.

Крок 1.3. Формально визначити зміст індикатора. Математично індикатор зазвичай показує частину об'єктів або явищ, яким притаманна певна характеристика або особливість. При визначенні понять, що складають чисельник та знаменник індикатора, слід керуватися такими правилами:

1. Знаменник має визначати досліджувану множину об'єктів. Досліджувана множина має прозорий фізичний зміст з точки зору медичної допомоги та може бути чітко окресленою за допомогою первинних медичних або реєстраційних документів, записів загальноприйнятих баз даних або інших структурованих носіїв інформації, що містять суттєві з точки зору якості медичної допомоги характеристики об'єктів. Найбільш поширеними об'єктами, для яких існують відповідні звітні або реєстраційні форми, документи або записи в документах та базах даних, є:

- заклад охорони здоров'я;
- фізична особа (хворий, пацієнт тощо);
- окремий випадок захворювання (діагноз);
- окремий факт госпіталізації;
- факт застосування діагностичних, лікувальних процедур.

2. При визначенні досліджуваних об'єктів обов'язково слід деталізувати первинний медичний або медико-статистичний документ, який визначатиме один екземпляр об'єкта. Слід зважати, що деякі інтуїтивні та не визначені через відповідний документ поняття припускають різні тлумачення. Наприклад, з точки зору закладу охорони здоров'я, під поняттям «пацієнт» або «хворий» зазвичай розуміють не «фізичну особу», яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, а «випадок госпіталізації», інформаційним носієм про який є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0) або Статистична карта вибулого зі стаціонару хворого (форма 066/0).

3. При визначенні чисельника індикатора слід забезпечити відповідність типів об'єктів чисельника і знаменника (досліджуваної множини). Чисельник має розглядатися як деяка підмножина знаменника. Коректно визначеному індикатору має відповідати коректно з лінгвістичної точки зору побудована фраза, яка окреслює зміст індикатора.

Використання співвідношень між об'єктами різних типів як індикатора може бути виправданим в деяких випадках, але при описі таких індикаторів слід уникати використання термінів «доля...», «відсоток» тощо, використовуючи термін «співвідношення» для запобігання можливості хибної інтерпретації індикатора.

4. Слід уникати використання суб'єктивних визначень і таких понять, які не можуть бути однозначно і об'єктивно інтерпретовані за допомогою інформації в первинних документах. Загальноприйняті в медичній практиці визначення інколи допускають численні інтерпретації, які можуть викликати розбіжності при практичному обчисленні індикаторів. Так, відомо кілька можливих трактувань таких загальновідомих термінів, як «первинний хворий», «радикальне лікування» тощо. Якщо необхідно використати подібні поняття при розробці індикатора, їх треба обов'язково визначити через базові первинні поняття, які об'єктивно реєструються в первинних медичних документах: дати, факти, результати медичних втручань відповідно до загальноприйнятих класифікацій тощо. Індикатори мають оперувати базовими поняттями незалежно від способу обрахунку первинних медичних форм та окремих позицій цих форм, заповнених згідно із загальноприйнятими міжнародними або національними класифікаціями. Такий підхід дає змогу мінімізувати суб'єктивізм навіть при експертному аудиті та ручному опрацюванні паперових носіїв первинної інформації, а також забезпечити безболісний перехід на автоматизовану обробку баз даних.

Крок 1.4. Визначити, чітко сформулювати алгоритм, за допомогою якого з усієї досліджуваної множини (знаменника) будуть виокремлюватися дані чисельника індикатора. Існує два найбільш типові шляхи обчислення індикатора:

- експертний аудит, що базується на вибірковому або тотальному опрацюванні первинної медичної інформації кваліфікованим експертом, який здатний скласти висновок по кожному розглянутому випадку;
- автоматизована обробка баз даних, яка базується на формальних алгоритмах.

Перший шлях є досить трудомістким і потребує залучення висококваліфікованих експертів. При цьому не виключається прийняття суб'єктивних рішень. Другий шлях технологічно більш прийнятний, але потребує належного матеріально-технічного забезпечення та наявності технічних можливостей для формування баз даних, покладених в основу первинної медичної інформації.

Нині поширений «перехідний» шлях, коли за умов неналежного інформаційно-технічного забезпечення опрацьовують паперові документи і облікові форми за формальними алгоритмами та інструкціями. В перспективі цей підхід потребує заміни на автоматизовану обробку.

Результатом виконання етапу планування індикатора має бути детальна інструкція з обчислення індикатора, яка забезпечить однаковість його запровадження та обчислення в закладах охорони здоров'я.

Етап 2 – запровадження індикатора

Крок 2.1. Визначити організацію, установу або посадову особу, яка має обчислювати індикатор на практиці.

Крок 2.2. При запровадженні індикатора необхідно організувати доступність потрібної первинної та допоміжної інформації та можливість реалізації запропонованого алгоритму обчислення.

Крок 2.3. Пілотне тестування розробленого індикатора, метою якого є виявлення бар'єрів при отриманні вихідних даних, реалізації алгоритму обчислення, неоднозначностей при спробах обчислення та інтерпретації індикатора.

Етап 3 – аналіз

Крок 3.1. Розробити настанову щодо належної інтерпретації значення індикатора. Цей крок дасть змогу уникнути хибних і недостатньо обґрунтованих висновків та максимально ефективно використати отриману інформацію для поліпшення якості медичної допомоги. Слід навести застереження стосовно ситуацій, коли значення індикатора може не відтворювати реальних розбіжностей в якості медичної допомоги: врахування статистичної похибки, можлива неповнота або викривлення даних та шляхи, якими можна оцінити ці фактори тощо.

Крок 3.2. Отриману на етапі пілотного тестування інформацію (як результати обчислення індикатора в пілотних регіонах або закладах охорони здоров'я, так і отримані зауваження та побажання безпосередніх виконавців) необхідно оприлюднити та зробити предметом широкого обговорення серед потенційних користувачів індикатора.

Етап 4 – корегування

За результатами аналізу та обговорення можна виявити перешкоди та обмеження індикатора, можли-

вості його подальшого вдосконалення та необхідність розробки додаткових індикаторів, які доповнюють або дозволяють належним чином інтерпретувати розглянутий індикатор, висвітлюють взаємопов'язані аспекти надання медичної допомоги.

Побудова індикатора, послідовне проходження наведених вище етапів відтворюється в спеціальному документі («паспорті» індикатора) [2]. Належним чином спроектований індикатор слід подати у вигляді структурованого документа, де всі розділи, що відповідають етапам побудови індикатора, заповнені належним чином, забезпечують можливість отримання індикатора і виключають довільні та суб'єктивні тлумачення.

Висновки

Створювати та впроваджувати індикатори якості медичної допомоги слід системно, чітко та однозначно визначаючи всі поняття на підставі існуючих джерел медичної інформації, форм первинних медичних документів та значень чинних класифікаторів, наводячи технології (алгоритму) обрахунку індикатора.

Перспективи подальших досліджень

Побудова індикаторів якості медичної допомоги як складової медико-технологічних документів зі стандартизації, які розробляють зараз, їх запровадження в закладах охорони здоров'я, досвід практичного обчислення і використання індикаторів дасть змогу удосконалити запропоновану технологію та визначити шляхи її подальшого розвитку.

Список літератури

1. *Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я* / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина [та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2010. – №1 (75) I–II. – С. 7–13.
2. *Ліщишина О. М.* Методологічні питання розробки індикаторів якості медичної допомоги / О. М. Ліщишина, Є. Л. Горох // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 66–68.
3. *Методические подходы к формированию актуальных индикаторов качества медицинской помощи* / А. С. Юрьев, М. В. Авксентьева, П. А. Воробьев [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 8. – С. 37–43.
4. *Нагорная А. М.* Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорная, А. В. Степаненко, А. Н. Морозов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
5. *Назаренко Г. И.* Управление качеством медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева. – М., Медицина, 2000. – 368 с.
6. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

7. *Островерхова М. М.* Методологічні підходи до розробки індикаторів якості в системі моніторингу результативності послуг охорони здоров'я / М. М. Островерхова, В. Г. Майданник, А. П. Гук // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 61–66.
8. *Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні* // Contract UKRAINE EUROPEAID – NICARE No. 2003/065-429.
9. *Про затвердження* Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року: наказ МОЗ України № 341 від 25.06.2008 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. *Про затвердження* Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року: наказ МОЗ України № 166 від 31.03.2008 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. *Про затвердження* Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша): наказ МОЗ України та АМН України № 102/18 від 19.02.2009 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
12. *Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні* [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/ua/about.html>. – Назва з екрана.
13. *Attributes of Core Performance Measures and Associated Evaluation Criteria* / The Joint Commission, USA, 2010 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/7DF24897-A700-4013-A0BD-154881FB2321/0/AttributesofCorePerformanceMeasuresandAssociatedEvaluationCriteria.pdf>. – Title from screen.
14. *Davies Huw.* Measuring and reporting the quality of health care: issue and evidence from the international research literature / Davies Huw; Discussion paper. NHSQIS, 2006 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>. – Title from screen.
15. *How can hospital performance be measured and monitored?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003 [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf/> – Title from screen.
16. *Quality and Outcomes Framework (QOF) Database* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.gpcontract.co.uk>. – Title from screen.
17. *Quality Improvement Scotland (NHS QIS)* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.indicators.scot.nhs.uk>. – Title from screen.
18. *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Quality Indicators (QIs)* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>. – Title from screen.
19. *The Clinical and Health Outcomes Knowledge Base* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.nchod.nhs.uk>. – Title from screen.
20. *The OECD Health Care Quality Indicators project* [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.oecd.org/health/hcqi>. – Title from screen.

Этапы разработки индикаторов качества медицинской помощи

Е.М. Лищишина, А.В. Степаненко, Е.Л. Горох (Киев)

Результаты анализа медико-технологических документов по вопросам стандартизации в отечественной системе здравоохранения свидетельствуют, что вопросам мониторинга оказания медицинской помощи до сих пор не уделяют должного внимания. Создание и внедрение инструментов для такого мониторинга – индикаторов качества медицинской помощи – требует системного подхода, четкого и однозначного определения всех использованных понятий на основании существующих источников медицинской информации, форм первичных медицинских документов и существующих классификаторов, определения порядка (алгоритма) подсчета индикатора. В работе проанализированы основные требования к индикаторам как средству измерения и предложена технология разработки индикаторов качества медицинской помощи, которая в дальнейшем обеспечит их получение, а также возможность выявления отклонений от оптимальной медицинской практики и тех звеньев здравоохранения, для которых возможно усовершенствование.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, индикаторы качества, мониторинг процессов оказания медицинской помощи.

Steps to development indicators of quality of medical care

O.M. Lischyshyna, A.V. Stepanenko, Ye.L. Gorokh (Kyiv)

The results of the analysis of medical and technological documents on standardization in the national health system show that the aspects of monitoring medical care have not yet been adequately addressed. Creation and implementation of instruments for such monitoring – indicators of quality of care – require a systems approach, clear and unambiguous definition of all concepts used on the basis of existing sources of medical information, forms of primary medical documents and existing classifications, determination of the order (algorithm) of calculation of indicator. The paper analyzes the basic requirements for the indicators as a means of measurement and technology of development of indicators of quality of medical care, which in future would ensure their obtaining, as well as the ability to identify deviations from the best medical practices and areas of health care system which may be improved.

Key words: quality of medical care, indicators of quality, monitoring processes of rendering medical care.

Рецензент: д-р наук з держ. упр. Н.П. Ярош.